

Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades'

Regionalization in healthcare: (in)visibility and (im)materiality of the universal access and comprehensiveness in health in changing institutionalities

Neusa Goya

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: neusagoya@gmail.com

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: odorico0811@gmail.com

Ricardo José Soares Pontes

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br

Fábio Solon Tajra

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: fabioludus@gmail.com

Resumo

A regionalização é uma estratégia de organização e integração de serviços em sistemas nacionais de saúde, colocando-se como um caminho a ser trilhado para a integralidade e universalidade. No entanto, constitui-se como princípio ainda invisível na sociedade brasileira, problematizando seus modos de gestão nas regiões de saúde, assim como seus efeitos reais na construção do devir da saúde em direito. Este artigo dedica-se a essa problematização e inscreve-se como uma produção a desnaturalizar processos e a possibilitar o aparecimento de acontecimentos postos em invisibilidade e dizibilidade pela “formação discursiva” da regionalização da saúde. Toma como habitação a regionalização da saúde do Ceará em curso desde meados de 1990. A partir de uma abordagem qualitativa, adota em conexão e análise os discursos em entrevistas com 23 gestores estaduais de saúde e narrativas documentais afins ao tema. Busca a constituição do “feixe de relações”, articulando sujeitos e instituições em produção de “saber-poder e verdade-poder”, segundo referência foucaultiana, e em diálogo com autores da saúde coletiva. A regionalização do Ceará aponta para uma reforma do setor saúde, delegando a gestão e prestação de serviços à Organização Social

Correspondência

Neusa Goya
Avenida Rogaciano Leite, 200, apto. 703, bloco 2, Guararapes.
Fortaleza, CE, Brasil. CEP 06810-786.

1 Este artigo constitui-se como um dos produtos vinculado ao estudo Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados, realizado entre 2013 e junho de 2015, com financiamento da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). É resultante, ainda, da tese de doutorado em saúde coletiva em desenvolvimento por Neusa Goya, pela Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de nº 137.055.

e aos consórcios, em contratualização procedimental e produtiva, fortalecendo o “empresariamento” da saúde e afetando a produção da integralidade e universalidade. Conclui-se que o estrato constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em processo de rompimento, forjando um outro “regime de integralidade e de universalidade”, que se pode visualizar no fato do SUS estar em trânsito de institucionalidades e na transformação da saúde de direito, em um deslocamento reducionista, para o campo do direito do consumidor.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Política Pública de Saúde; Regionalização; Reforma do Setor Saúde; Organização Social; Consórcio de Saúde.

Abstract

Regionalization is a strategy of organization and integration of services in national health systems, in a path to be followed toward comprehensiveness and universal access. However, its principles are still invisible in Brazilian society, and the forms of management in health regions are questioned, as well as its actual effects on the construction of health as a right. This article is dedicated to such questioning and falls as a production aiming to denature processes and enable the emergence of events put into invisibility because of the “discursive formations” of health regionalization. This study comprises the regionalization process of Ceará’s health system since the 1990s. This is a qualitative study that examines the reports of 23 state managers of health, as well as the documentary narratives related to this issue. This study aims to build “bundles of relations”, articulating the subjects and institutions in the production of “knowledge-power and truth-power”, according to Foucault’s reference, and in dialogue with public health authors. The regionalization of Ceará points to a reform of the health sector, delegating the management and provision of services to the Social Organization and to the consortium, on procedural and productive contracting, strengthening the “entrepreneurship” of health and thus affecting the production of comprehensiveness and universality. We conclude that the Unified Health System’s constitutional stratum

is undergoing a breaking process, forging another “regime of comprehensiveness and universality”, that can be observed in the fact that the Unified Health System is between institutionalities, and in the change from the right to health care to customer right in a reductionist shift.

Keywords: Unified Health System; Public Health Policy; Regional Health Planning; Health Care Sector Reform; Social Organization; Health Consortium.

Introdução

A regionalização tem sido uma estratégia adotada para a organização e integração de serviços em sistemas nacionais de saúde, públicos e universais, como um dos caminhos centrais a ser trilhado para garantia da integralidade em saúde e da universalidade do acesso. Entretanto, tratam-se de princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda invisíveis na sociedade brasileira, problematizando os modos de gestão do sistema regionalizado e seus efeitos reais na construção do dever da saúde em direito.

Mendes e Louvison (2015) e Viana, Miranda e Silva (2015) alertam que as fronteiras do SUS público, universal, integral e de direção única estão em processo de ruptura, dado o fenômeno do “empresariamento” em engendramento na regionalização da saúde, colocando-os - regionalização e “empresariamento” - como produções em coexistência e em tensionamento.

Então, é necessário problematizar o acontecimento da regionalização da saúde, considerando que essa lógica se coloca no centro do SUS, dada sua orientação constitucional de organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, denominada por Santos e Andrade (2007) como “uma rede interfederativa de serviços”, sem a qual não é possível a consecução da integralidade da atenção à saúde (Santos; Andrade, 2013).

Nesse sentido, um dos aspectos em reflexão refere-se ao desenho institucional do SUS a constituir um “federalismo sanitário brasileiro” (Dourado; Elias, 2011), dada sua configuração em gestão, organização e funcionamento espelharem o sistema federativo brasileiro. Sua proposição legal estabelece um ordenamento da autoridade sanitária de cada um dos entes, circunscrito em responsabilidades, prerrogativas e competências diretamente relacionadas à sua representação governamental. Assim, no exercício da regionalização tem-se a constatação de um vazio de autoridade sanitária responsável pela gestão da região de saúde, instituída pelo Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011).

Entre os gestores do SUS, é destacada a indefinição de papéis quanto à esfera responsável pela garantia do acesso a serviços de maior densidade

tecnológica na região (Shimizu, 2013). Santos e Campos (2015) indicam possibilidades em modelos de gestão regional como a constituição de uma autarquia especial ou, ainda, uma entidade associativa regional, atrelando a ela o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Mendes e Louvison (2015) refletem que a discussão de uma “nova institucionalidade”, no contexto da regionalização, deve ser feita de modo a se pensar em uma reforma do Estado para “cabem o SUS”, em conformidade constitucional de seu caráter público, universal, integral e de direção única.

Ao problematizar e enriquecer o cenário de debate em torno dos modos de gestão do SUS na região de saúde, trazemos a experimentação da regionalização da saúde do Ceará para o mergulho real no que vem acontecendo, uma vez que reflete um caminho em processualidade desde meados de 1990 até os dias atuais, colocando-o como um estado de forte tradição na descentralização e regionalização do SUS (Lima; Viana, 2011). Mendes (2007) afirma que o Ceará foi considerado como o primeiro estado brasileiro a desenvolver a regionalização com base na concepção de Redes de Atenção à Saúde. Recentemente, inscreveu-se como um dos estados a efetivar em suas regiões a assinatura do COAP (Brasil, 2011).

A experimentação em curso no Ceará constitui, assim, um solo fértil para o desenvolvimento de estudos da regionalização da saúde. Este artigo dedica-se a essa temática, problematizando o “federalismo sanitário brasileiro” do SUS em coexistência com a regionalização, sob as ordens do artigo 198 da Constituição Federal, que aponta para uma “rede interfederativa de serviços” (Santos; Andrade, 2007), regionalizada e hierarquizada. Indagamos, portanto: como acontecem os modos de gestão do SUS nas regiões de saúde? Quais os seus efeitos na produção do SUS constitucional e do ideário da saúde em direito?

Metodologia

A produção deste artigo se fundamentou em uma abordagem qualitativa. Isso compreende uma análise dos sentidos que se produzem nas práticas, portanto, em engendramento no plano comum da

vida, pondo-se em intensidades e, assim, “sendo percebido no plano dos conflitos, nas divergências, nas ações que fazem diferença, que facultam a produção de sentidos outros, frente ao hegemônico” (Rocha; Aguiar, 2003, p. 66).

Encarna-se como um artigo em inspiração foucaultiana, mas também em diálogo com autores da saúde coletiva dedicados ao estudo da regionalização da saúde. Inscreve-se como uma produção científica a desnaturalizar processos por considerar a realidade como coisa não dada *a priori*, e sim como uma experimentação a ser posta em análise e problematização.

Essa perspectiva é potente para o aparecimento de “acontecimentos discursivos” postos em regime de invisibilidade e dizibilidade nos discursos proferidos em torno da regionalização da saúde. Para Foucault (2006a), os “acontecimentos discursivos” escapam da interioridade do discurso e transbordam em dobras ao compor relações com acontecimentos outros que se põem em diferentes domínios de saberes, científicos ou não. O discurso, para o autor, desenha-se, portanto, como uma série de “acontecimentos discursivos”.

Assim, tomamos como fontes de informação, problematização e análise o discurso da regionalização da saúde, em formulação foucaultiana, encarnado em documentos institucionais afins ao tema e em narrativas das entrevistas abertas feitas com gestores estaduais de saúde do Ceará, sendo cinco do nível central e dezoito das coordenadorias regionais.

A escolha dos entrevistados seguiu o critério de serem eles os condutores políticos e técnicos da regionalização da saúde do Ceará, colocando-se, dessa forma, como “sujeitos do discurso” (Foucault, 2008, 2014). Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, além de terem sido convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sigilo e o anonimato dos envolvidos foram devidamente garantidos.

Nas entrevistas, pediu-se a abordagem inicial da trajetória do profissional e, como assunto nor-

teador, solicitamos ao entrevistado que falasse da regionalização da saúde do Ceará em uma narrativa livre, segundo sua ótica e experimentação. Indagações outras foram introduzidas para aprofundar questões surgidas durante sua realização. As entrevistas foram gravadas e transcritas, constituindo discursos aqui destacados como Entrevistado 1 (E1) e assim sucessivamente. Não houve a identificação se o sujeito falante era do nível central ou regional, considerando a condição de ambos como “sujeitos do discurso”.

Na análise e no compartilhamento da experimentação do pesquisar, destacamos o funcionamento do grupo de supervisão² da pesquisa, como um dispositivo conforme Barros (1997). Pozzana (2014), ao falar sobre os dispositivos de formação, ressalta que

quando os acontecimentos são narrados e compartilhados, personagens, lugares, conversas, texturas e imagens ganham espaço em nossas vidas. Somos forçados a pensar. Suspensões interrogam nossas posições de saber e poder. A coerência e o fechamento do ego falham, aparecem atos e o mundo se coloca (Pozzana, 2014, p. 61).

Assim, no debate dos discursos em supervisão fomos forçados a pensar, possibilitando a visibilidade de virtualidades presentes, porém invisíveis, ou seja, rachando as “palavras e as coisas” dos discursos, em atos de extração, visibilizamos o que se põe fora do saber oficial da regionalização. Tecemos, em outros modos de iluminação, o “objeto do discurso” da regionalização, o qual “não preexiste a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações” (Foucault, 2008, p. 50).

Esses feixe de relações materializa as relações discursivas que “são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização” (Foucault, 2008, p. 50). As relações discursivas “determinam o feixe de relações que o discurso deve

2 Grupo dos pesquisadores que integraram a pesquisa do PPSUS, reunido sistematicamente no período de sua realização, entre 2013 e junho de 2015.

efetuar para poder falar de tais ou tais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc.”, constituindo o “discurso enquanto prática” (Foucault, 2008, p. 51). Foucault chama a atenção para o “mais” do discurso em sua prática “que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever” (2008, p. 55).

Produzimos, então, o feixe de relações que se fez em conexão entre as coisas e os atos realizados, entre os sujeitos e as instituições que engendram os modos de gestão do SUS na regionalização da saúde do Ceará. Um feixe de relações que desnatura verdades instituídas e potencializa outras visibilidades e dizibilidades, como “blocos de invisível buscando passagem” (Barros, 1997, p. 186).

Para isso, no contexto da regionalização da saúde do Ceará, tomamos como analisador o discurso em produção e a coexistência de jogos de “saber-poder e verdade-poder”, conforme Foucault (2006a, 2006b, 2006c, 2008, 2014). Agregamos à análise foucaultiana as contribuições da saúde coletiva que problematizam a temática em questão. Entre as dimensões investigadas, destacamos como resultados em discussão: i) a formação discursiva da regionalização da saúde; ii) a produção de relações de saber-poder e verdade-poder; iii) a reforma do

setor saúde e o trânsito de institucionalidades³; iv) relações entre a Comissão Intergestores Regional e a Organização Social e Consórcio Público de Saúde.

A “formação discursiva” da regionalização da saúde: da perspectiva burocrática à contratualização interfederativa

A instituição do SUS trouxe como orientação normativa a diretriz da descentralização dos serviços de saúde com acentuada institucionalização em seu desenvolvimento. Viana et al. (2008) apontam para a configuração de ciclos da descentralização das políticas de saúde no Brasil, com ênfase inicial na municipalização e, posteriormente, na regionalização. Para esses autores, a regionalização da saúde teria sido inaugurada com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, constituindo uma regionalização do tipo normativa e burocrática.

No período de 2000 a 2014, a tendência da política de saúde foi a de promover a regionalização sob regulação normativa do Ministério da Saúde (Figura 1).

³ O termo “institucionalidade” é aqui utilizado em correspondência à Organização de Saúde e aos Consórcios de Saúde instituídos na regionalização do Ceará. Conceitualmente, adotamos a institucionalidade na perspectiva de Barros (apud Ferigato; Carvalho, 2009, p. 53) sobre instituição que indica “caráter produtivo e denota, no humano, a maneira oblíqua de satisfação das necessidades e desejos, pois, ao se satisfazer, também constringe, sabota, sublimine”.

Figura 1 – A formação discursiva normativa da regionalização da saúde

REGIONALIZAÇÃO NORMATIVA BUROCRÁTICA (Viana e col., 2008)	REGIONALIZAÇÃO PACTUADA		REGIONALIZAÇÃO CONTRATUAL INTERFEDERATIVA <div>COAP – REGIÕES DE SAÚDE</div>		
Sem instrumento formal de contratualização de responsabilidades	Termo de Compromisso de Gestão (TCG): adesão individual de cada ente federado		Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: adesão dos entes federados com responsabilização compartilhada na Região de Saúde		
Organização regional: Microrregião de Saúde e Módulo Assistencial	Perspectiva: diversidade econômica, cultural e social para redefinição das “regiões de saúde”	Redes de Atenção à Saúde perpassando às Regiões de Saúde	Região de Saúde (RS): espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados		
Planos Diretor Regional e de Investimento (PDR e PDI) Programação Pactuada Integrada (PPI – instituída pela NOB 01/96)	Colegiado de Gestão Regional (CGR): pactuação regional PDR PDI PPI <div>CGR</div>	Organização e Funcionamento em Rede de Atenção à Saúde com definição de pontos de atenção e fluxos de referência intermunicipal nas RS	Comissão Intergetores Regional (CIR): pactuação regional PDR – PDI Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) Mapa da Saúde RAS	COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul	Aditivo ao COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul
2001/2002	2006	2010	2011	2012	2013/2014
NOAS	Pacto pela Saúde	Portaria 4.279	Decreto 7.508	COAP/PACTO PELA SAÚDE/RAS	
Falta de planejamento regional	Ênfase ao planejamento e desenvolvimento integrado regional para enfrentamento das desigualdades socioeconômicas territoriais	<div>RAS</div> Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Implantação das Redes Temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Psicossocial; Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas		
			Ênfase ao planejamento regional integrado interfederativo; pactuação técnico-política e gestão cooperativa Manutenção do Pacto pela Saúde nas RS sem adesão ao COAP, sendo também mantido o seu uso para as RS com COAP.		

Fonte: Goya⁴

A cada edição normativa (Figura 1) houve a elaboração de conceitos que, entre outras coisas, enfatizaram: i) as relações interfederativas em modelo de gestão trino por meio das comissões integrestores; ii) o sistema cooperado, interdependente, complementar e sistêmico via Redes de Atenção à Saúde; iii) o exercí-

cio da pactuação solidária via Pacto pela Saúde; iv) a negociação contratual entre entes federados por meio do COAP; v) a nova territorialidade assistencial e de gestão em torno da constituição da região de saúde; vi) o planejamento regional em perspectiva de desenvolvimento integrado e intersetorial no espaço da região.

4 GOYA, N. Regionalização da Saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. No prelo.

Em cada período, constituiu-se uma ênfase conceitual a provocar movimentos no processo da regionalização da saúde, transitando de um contexto de regionalização normativa e burocrática (Viana et al., 2008) para uma regionalização pactuada e, em seguida, contratual interfederativa (Figura 1). Entretanto, não se tratou tão somente de uma orientação normativa-conceitual a possibilitar a classificação de “tipos de regionalização”, mas se traduziu em modos de gestão do SUS dito regional, compondo a atualização e a repetição de “enunciados de ordem” (Foucault, 2006c) a orientar o discurso e as práticas da regionalização da saúde.

Ao falar sobre os enunciados, Foucault (2008) destaca o seu caráter de vinculação a um “regime complexo de instituições materiais”, apontando, assim, que eles nunca se apresentam em independência e neutralidade. Ao circularem, os enunciados produzem certo regime de funcionamento das coisas – e também de tensionamentos, na medida em que provocam aqueles que a eles se opõem.

Os enunciados de ordem, espelhados na Figura 1, acabaram por fabricar um regime de verdade dos modos de gestão do SUS, em conformidade com sua normatização e proposição de “tipos de regionalização”, que induziram as práticas de regionalização. Foucault (2006c, p. 233) aponta a verdade como o “conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros”. Para ele,

as produções de verdade não podem ser dissociadas do poder e de mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações de verdade-poder, saber-poder que me preocupam (Foucault, 2006c, p. 229).

Nesse sentido, essa formação discursiva, em enunciados e práticas, apoia o engendramento de um regime de saber-poder e de verdade-poder, estabelecendo em relações e interfaces modos de produção e de gestão do SUS de base regional.

Regionalização da saúde do Ceará: a produção de relações de saber-poder e verdade-poder

A regionalização da saúde do Ceará, coordenada pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA), teve como um de seus marcos o documento “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, em 1998, e que norteou a institucionalização do sistema de base regional, mantendo influência técnica e política até os dias atuais. Conforme gestor estadual, o desenho idealizado deveria ser constituído pela *“atenção básica como responsabilidade através das equipes de saúde da família, atenção secundária como responsabilidade na região de saúde e a atenção terciária ofertada pela macrorregião”* (E2).

Os discursos apontaram para um sistema regionalizado e hierarquizado em níveis de complexidade de atenção em territorialidades de micro e macrorregiões de saúde, propostas mediante estudo que traçou as rotas e os centros de acesso da população aos serviços de saúde. Constituiu-se um desenho de vinte micro e três macrorregiões, com ênfase na suficiência secundária na micro e terciária na macrorregião, sob o eixo condutor de suprimento de vazios assistenciais, cuja cobertura e economia de escala foram potentes na orientação da regionalização do Ceará, como veremos adiante.

O modelo de regionalização foi ancorado em estruturas regionais da SESA, denominadas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES). Em cada microrregião que não dispunha de uma CRES, foi assegurada sua implantação. Às CRES é institucionalizado o papel de *“assessorar os municípios para que as políticas públicas, federal e estadual, sejam garantidas na regional [...] implantadas e implementadas então, eu sou uma extensão [...] o porta-voz da SESA junto aos municípios”* (E13).

Nesse sentido, há o fortalecimento da perspectiva político-administrativa e de gestão, com acentuada institucionalidade regional e centralidade na esfera estadual, conferindo permeabilidade e estabilidade políticas necessárias ao desenvolvimento do SUS em

conformidade com a ordem do discurso oficialmente proposto. A operação do SUS regional, por entre as municipalidades e seus gestores, ganha potência discursiva, pelos “porta-vozes” que se habilitam à condição de “sujeitos do discurso”. Araújo (2007), afirma que

O discurso tem um suporte histórico, institucional, uma materialidade que permite ou proíbe sua realização. O sujeito do discurso não é a pessoa que realiza um ato de fala, nem o autor do texto, nem o sujeito da proposição. O sujeito é aquele que pode usar (quase sempre com exclusividade) determinado enunciado por seu treinamento, em função da ocupação de um lugar institucional, de sua competência técnica (Araújo, 2007, p. 7).

Mas a posição e a produção do “sujeito do discurso”, habilitado para falar, induzir práticas e produzir verdade em torno da regionalização da saúde não ficou restrito às CRES, sendo instituído, também, no sistema educacional de formação para o SUS, encarnado na Escola de Saúde Pública do Ceará, que desenvolveu, à época, o curso Gestão de Sistemas Microrregionais, conduzindo à capacitação de secretários municipais de saúde, seus assessores e equipe técnica da SESA, não se tratando de uma capacitação qualquer, colocando-se como *“um projeto que buscava capacitar para poder ter todos os sujeitos sociais e profissionais envolvidos, ter informações necessárias para propor um modelo de organização de ações de serviços nas regionais”* (E1).

A produção do saber da regionalização, em formação educacional, foi instituída e autorizada em repetição, com conteúdo disciplinar específico da saúde a nortear a produção dos seus enunciados discursivos. O saber se refere ao “espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...] um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso” (Foucault, 2008, p. 204). “O saber não está contido somente em demonstrações; pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas” (Foucault, 2008, p. 205).

Assim, a produção do saber da regionalização do Ceará possibilitou aos sujeitos “capacitados” operar

a organização e o funcionamento do SUS regional, constituindo uma “vontade de verdade” orientada por uma “vontade de saber” (Foucault, 2014). Ou seja, o que se deve saber e qual o caminho a ser percorrido para se constituir a verdade aceitável, mensurável, classificável, impondo “ao sujeito cognoscente (e de certa forma antes de qualquer experiência) certa posição, certo olhar, certa função” (Foucault, 2008, p. 16).

Portanto, um regime de verdade da regionalização da saúde a ser acatado por todos, em constituição também de relações de poder, na medida em que a produção e aceitação dessa verdade acaba por “exercer sobre os outros discursos – estou sempre falando de nossa sociedade – uma espécie de pressão e como que um poder de coerção” (Foucault, 2014, p. 17).

Outro “sujeito do discurso” a dar visibilidade e dizibilidade às relações de saber-poder e verdade-poder foi o prefeito municipal, conformando a ideia de que a regionalização do Ceará *“não é só uma coisa do setor saúde, envolve também os prefeitos [...] Você não consegue modificar nenhum território hoje, constituído como região de saúde, sem o envolvimento político”* (E1). Trata-se de uma participação articulada pela SESA, desde os primórdios da regionalização, não de forma individualizada, mas por meio das Associações Regionais de Prefeitos, além da Associação de Prefeitos do Estado do Ceará na qualidade de entidade central e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará.

Há, dessa forma, o engendramento de processos que ultrapassam sua dimensão técnico-assistencial em fabricação e circularidade de jogos de saber-poder, ganhando volubilidade e permeabilidade diante de sua institucionalização nas entidades associativas dos prefeitos, secretários municipais de saúde, escolas de formação do SUS, secretarias de saúde, coordenadorias regionais, entre outras.

Essa constituição técnico-política, a partir das coisas, atos, sujeitos e instituições destacados e em conexão, compõem linhas em feixe de relações da regionalização da saúde do Ceará e sua institucionalização discursiva e prática a formar um solo positivo decisivo à sua continuidade. O termo “solo positivo” (Foucault, 2008) se justifica pelo fato de que foram apresentadas as possibilidades de uso da verdade-poder e do saber-poder em constituição do

objeto do discurso da regionalização, desenhando-se em seu entremeio um projeto de reforma do setor saúde, conforme veremos a seguir.

Regionalização e reforma do setor saúde: o trânsito de institucionalidades em produção da (in)visibilidade e (i)materialidade da integralidade – um paradoxo possível?

Em 2015, o modelo regionalizado de saúde do Ceará esteve constituído por 22 regiões de saúde⁵ e cinco macrorregiões. Do ponto de vista do desenho regional e das funções assistenciais, o estudo indicou que poucas alterações foram feitas de 1998 a 2015, apontando que a forte condução político-técnica do modelo regionalizado de saúde do Ceará foi dada pela SESA, apesar das adequações feitas a cada orientação normativa do Ministério da Saúde.

O discurso dos gestores estaduais destacou que *“os técnicos do Ceará têm essa tradição e, às vezes, até vão antes da normatização e o que se faz aqui acaba sendo normatizado a nível federal depois”* (E14). Entretanto, para além de se antecipar às normas nacionais, ao fazer a regionalização antes dos anos 2000, desenhou-se no Ceará um processo de reforma do setor saúde, sob o comando do estado por meio da SESA.

A expressão “reforma do setor saúde”, segundo Costa, Silva e Ribeiro (2000),

tem sido utilizada para designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional da atenção à saúde das economias centrais nas últimas três décadas. A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em um ou mais segmentos do sistema de saúde (p. 210).

Esses autores apontam para a configuração de duas ondas de reformas do setor saúde, de naturezas diferentes, sendo a primeira entre os anos 1970 e 1980 e, a segunda com início nos anos 1990.

A primeira onda de reforma do setor foi impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde. Nos anos recentes, as inovações têm sido definidas pelos incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, públicos ou privados. A segunda geração de reformas tem desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo quase-mercado (Costa; Silva; Ribeiro, 2000, p. 210).

Nessa perspectiva, a reforma do setor saúde no Ceará, atravessada por essas ondas, constituiu um modelo regionalizado em diálogo com a normatização nacional e sob uma lógica de planejamento e execução de uma série de iniciativas estaduais – iniciativas que foram desde a ampliação da rede regionalizada pública de saúde, passando pela implantação de coordenadorias regionais, até a constituição de institucionalidades para gerir equipamentos públicos de saúde regionalizados, em regime de contratualização de serviços.

Em 2015, as regiões de saúde comportavam estruturas físicas recentes de policlínicas e Centros Especializados Odontológicos (CEO), ambos de atuação regional. Em duas macrorregiões de saúde, Cariri e Sobral, foram instituídos os chamados hospitais regionais. Tratava-se de uma

“política social de expansão da média e alta complexidade”, desencadeada como uma “política do governador [...] na primeira gestão de dois mil e sete a dois mil e dez [...] de ampliar, expandir a atenção especializada para o estado do Ceará em especial nas regionais de saúde” (E21).

No processo de reforma do setor saúde, a gestão das policlínicas e dos CEO ficou sob a responsabilidade da institucionalidade dos Consórcios Públicos de Saúde, formados legalmente em cada uma das regiões, exceto na de Fortaleza. Sua implantação contou com o protagonismo direto do governador do estado à época. Um “sujeito do discurso” a fazer

5 Terminologia atualmente adotada em substituição às microrregiões de saúde.

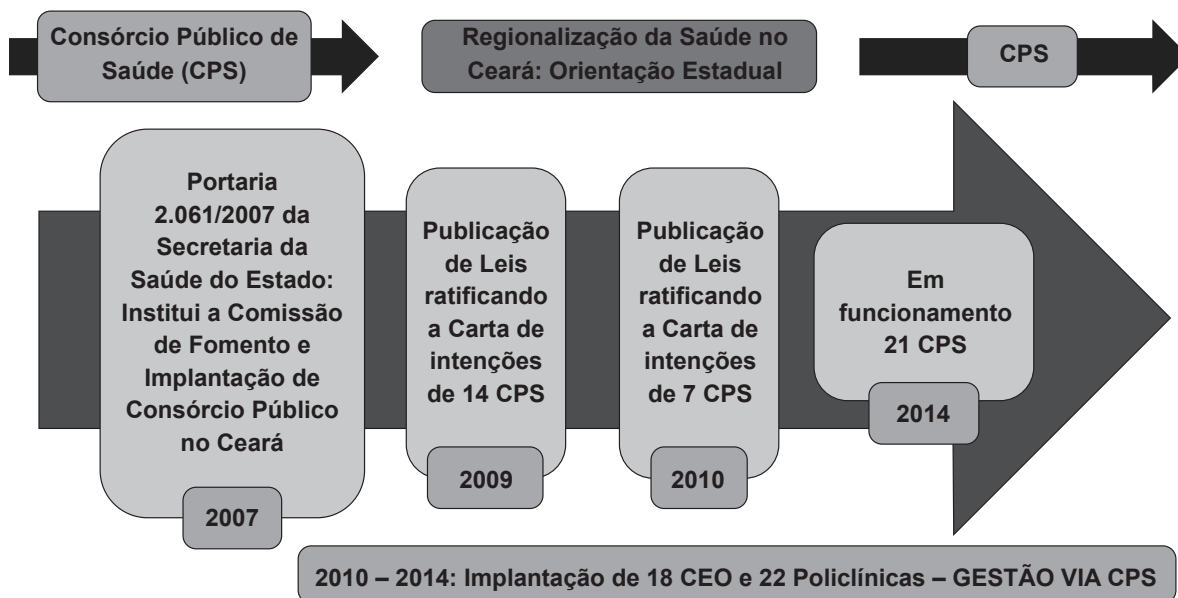
valer os saberes da regionalização da saúde em relações também de poder, que “[...] não obedecem à forma única da interdição e do castigo, mas que são formas múltiplas” (Foucault, 2006b, p. 248).

Então o consórcio é estadual e municipal [...]. Os prefeitos são os presidentes do consórcio, e tem uma diretoria executiva que administra o consórcio, e foi feita a carta de rateio, isso, o governador participou pessoalmente [...] ele fez reunião com os prefeitos e com a Secretaria de Saúde, ele dirigiu isso e, praticamente, foi adesão de cem por cento na força política e esse consórcio está funcionando (E3).

O consórcio se refere a uma associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público, apresentando o estado e os municípios adscritos a cada uma das regiões como entes consorciados. É facultado aos secretários municipais de saúde sua participação, porém sem direito a voto, o mesmo acontecendo com os coordenadores regionais. Ambos não têm assento legal no consórcio, cuja representação municipal cabe aos prefeitos e a estadual cabe ao secretário estadual de saúde.

A ideia de fazer uso desse tipo de institucionalidade e modalidade de gestão não foi aleatório (Figura 2), sendo as primeiras iniciativas de 2007 (Ceará, 2008a).

Figura 2 – O trânsito da institucionalidade dos consórcios públicos de saúde



Fonte: Goya⁶

Na configuração dos consórcios, o exercício do poder ganha maior centralidade na figura do prefeito mediante institucionalização da sua inserção nas coisas e nos atos da regionalização da saúde, tornando-o sujeito estratégico nos acordos para garantia do cuidado integral em saúde. Essa perspectiva fortalece a dimensão política da negociação

direta entre prefeito e governador, estabelecendo tensões e disputas entre os sujeitos da regionalização: *“a parte do consórcio vem muito de cima [...] os prefeitos se reúnem com o governador e eles fecham lá [...] o que deverá ser pactuado e a policlínica já teve a reunião com o governador e [...] a gente [CRES] fica totalmente por fora”* (E8).

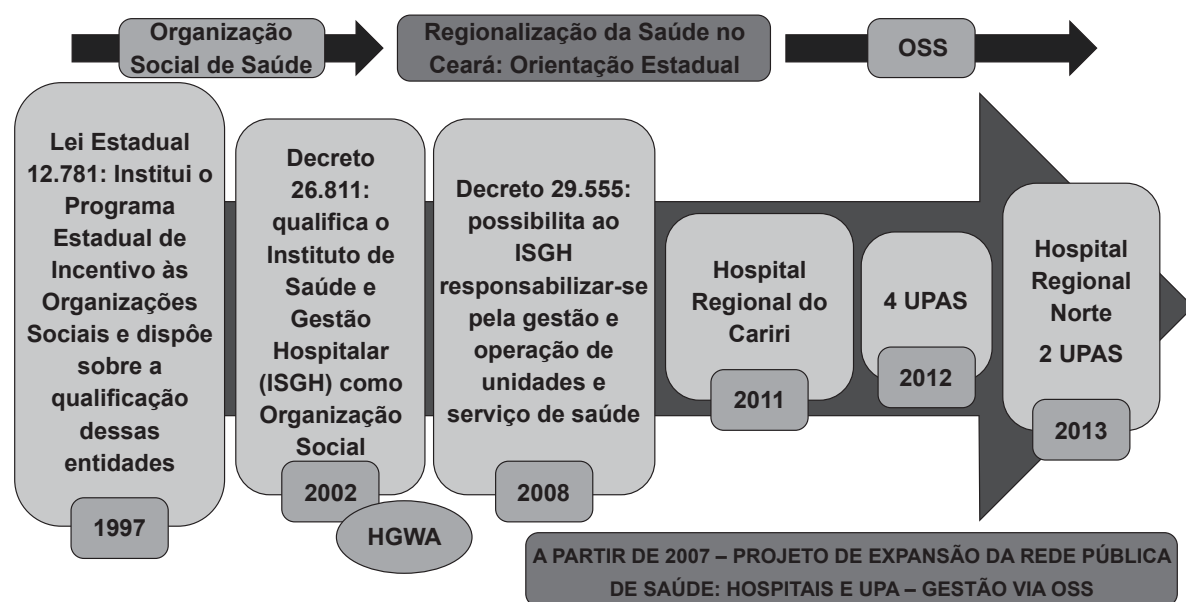
6 GOYA, N. Regionalização da Saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. No prelo.

Sobre as relações de poder, Foucault (2006c) discute sua produção, e entre homens e mulheres, pais e filhos, aquele que sabe e o que não sabe, enfim, em circularidade na sociedade, conformando “milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo” (p. 231). São relações em coexistência com os “grandes poderes do Estado” a compor diferentes modos de constituição do poder. Nesse sentido, o tensionamento em torno dos consórcios se revela como conjunto de microlutas

estabelecidas entre os “sujeitos do discurso” que operam a organização e o funcionamento dessa institucionalidade.

No que se relaciona à gestão dos hospitais regionais e de seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA), implantadas pelo estado no município de Fortaleza, CE, houve a opção pelo modelo de gestão via Organização Social de Saúde. Porém, na agenda da reforma do setor saúde, a opção pela gestão via Organização Social de Saúde (Ceará, 1997), não se deu em 2002 (Figura 3).

Figura 3 – Regionalização da saúde do Ceará: o trânsito da institucionalidade da Organização Social de Saúde



Fonte: Goya⁷

Em 2002, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, de personalidade jurídica de direito privado, é qualificado como Organização Social de Saúde pelo governo do estado, com o objetivo de pesquisar e produzir conhecimentos e técnicas nas áreas de saúde e gestão hospitalar (Ceará, 2002). Ainda naquele ano, assume a gestão do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, localizado em Fortaleza. Conforme Ceará (2008b), o espectro de sua atuação é ampliado em possibilidades de atuação na gestão e operação de unidades e serviços de saúde diversos, o que acon-

tece, na sequência, com a assunção dos hospitais regionais e das UPA localizadas em Fortaleza.

Assim, na experimentação da regionalização da saúde do Ceará, questões em torno das institucionalidades constituídas foram problematizadas. Entre elas, o modo de gestão instrumentalizado em regime de contratualização que “define, em bases formais, a separação entre financiamento e provisão direta dos serviços” (Costa; Silva; Ribeiro, 2000, p. 210). E como tal, sob uma lógica assistencial, centrada em cotas de procedimentos a ser realizados.

⁷ GOYA, N. Regionalização da Saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. No prelo.

No caso dos consórcios de saúde, temos a figura de dois tipos de contratos, o de rateio e o de programa, o qual materializa o que *“aquelas instituições [policlínicas e CEO] se comprometem a produzir em termos de saúde: tantas consultas, tantos raios X”* (E3). E, isso, em consonância com a cota-parte anual de cada ente federado segundo o contrato de rateio. Um instrumento em destaque é a programação pactuada consorcial, que nomeia e quantifica os serviços que serão desenvolvidos pelo consórcio por meio das policlínicas e dos CEO.

Em relação à Organização Social, encarnada no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, temos a figura do contrato de gestão, que apresenta como objeto a operacionalização da gestão e execução, pelo contratado, de atividades e serviços de saúde correspondentes a alguma unidade de saúde.

Para Viana, Miranda e Silva (2015) essa perspectiva contratual, entre o Estado e instituições do tipo organizações sociais, com foco procedimental e produtivo privilegia um modo de gestão empresarial, configurando o “empresariamento” público da saúde, conformando uma instância de “quase-mercado”. Miranda (2013), aponta que

a instituição de segmentos de (quase)mercado tende a relativizar e parcializar direitos humanos, sociais e civis; tende a reduzir as políticas públicas, de natureza e propósito sociais, ao viés procedimental (policy) e ao conformismo de consumo (p. 3, grifos do autor).

Nessa mesma linha, Shimizu (2013) indica que

os gestores reiteram que o Estado brasileiro sofre grandes influências da racionalidade macroeconômica, que tem modificado a concepção de direito à saúde porque vem sendo concebida como um dos pilares do direito do consumidor. A associação da saúde ao consumo coloca em discussão a força do mercado, antagônica ao desenvolvimento do SUS. Essa nova forma de compreender o direito à saúde tem-se resumido a uma concepção de acesso aos bens e serviços de saúde (p. 1111).

Em diálogo com esses autores, indagamos: os focos procedimental e produtivo dos contratos em curso no Ceará estariam contribuindo para o reductionismo do direito à saúde, revestindo-o em acesso a procedimentos assistenciais contratualizados segundo capacidade de oferta?

“Entornando ainda mais esse caldo”, destacamos que esses equipamentos públicos, recém-implantados, seguiram a lógica da suficiência secundária e terciária esboçada nos primórdios da regionalização, com ênfase na cobertura de vazios assistenciais mediante oferta de serviços.

O que se percebe é que essas policlínicas, mesmo elas desenhadas numa lógica de preenchimento de vazio assistencial em ambulatorios especializados [...] elas não foram pensadas como pontos de atenção de rede, elas foram pensadas como um ambiente de atendimento médico especializado, com aparato diagnóstico e terapêutico para que elas preenchessem os vazios no acesso de atenção especializada ambulatorial para que essas pessoas não saíssem da região (E1).

Ao propor essa problematização, não estamos negando o direito que o cidadão brasileiro tem de acessar serviços de saúde quando deles necessita, isso é inquestionável como uma dimensão do direito à saúde. Entretanto, a proposição constitucional do SUS põe-se além do eixo doença-serviço-saúde, apontando para vida como produção da saúde, portanto, integral e não apenas assistencial. Portanto, em rede de cuidados, ainda hoje, uma estratégia a requerer materialização: *“dentro da regionalização do estado do Ceará, a dificuldade maior não foi montar o modelo de regionalização, identificar quem vai fazer o que, foi fazer com que isso se integrasse em Redes de Atenção à Saúde, esse é o desafio maior”* (E14).

Aliado ao não funcionamento do sistema regional em rede, a existência dessas institucionalidades estaria fabricando certo regime de verdade, naturalizando socialmente a invisibilidade e imaterialidade da integralidade? A coexistência do regime

de “quase-mercado” e a regionalização da saúde constituiriam um paradoxo, considerando ser a regionalização o caminho para dar visibilidade e materialidade real à integralidade?

De um estado executor para um estado regulador: e agora José?

Os modos de gestão do SUS do Ceará vem se constituindo em delegação para o setor público não estatal de responsabilidades executivas diretas pela provisão de serviços, no caso da Organização Social de Saúde. Desenha-se, assim, a ótica de fortalecimento de um estado regulador em detrimento de um estado diretamente executor.

Entretanto, na experimentação da regionalização do Ceará, não se conseguiu fortalecer as funções de um estado regulador, *“tanto o município como a secretaria estadual [...] isso nem na assistência, no que se refere às responsabilidades de controle, regulação e auditoria, nem nas vigilâncias, na mental e na vigilância sanitária”*. (E1). Configurou-se, assim, na regulação em saúde, “uma porta da informalidade”, operada por vários sujeitos, maior do que a “porta oficial” regulada pelo sistema (E14).

As fragilidades de execução regulatória tanto do município como da SESA, em um cenário de fortalecimento das institucionalidades apontadas, são bastante preocupantes, tanto no que concerne ao uso adequado dos recursos públicos disponibilizados para a prestação de serviços de saúde como no tocante à efetivação do dever da saúde em direito, no exercício da regulação estatal.

Então, o que tem acontecido na regulação dos serviços de saúde contratualizados pelos consórcios e pela Organização Social?

Inicialmente, a oferta de serviços prestados pelas policlínicas não esteve sob a regulação do estado. *“As policlínicas, já têm várias delas que estão funcionando aí há mais de um ano, até dois, e essas policlínicas nunca passaram pela regulação”* (E20). Na ocasião, a regulação era feita diretamente pelo consórcio de cada região, mas, recentemente, essa situação teria sido alterada, dada a determinação do secretário estadual da saúde, o qual havia *“definido que tudo teria que estar na central de regulação”* (E20).

Problematizamos, assim, o tensionamento em ebulição nas relações entre a SESA e os consórcios quanto ao exercício das funções regulatórias na região. Para além das questões técnicas e dos fluxos assistenciais que devem ser pactuados, destacamos o caráter político em produção, que disputa o modo e o protagonismo da regulação do SUS. Há que haver uma centralização dessa função? Quem deve exercê-la?

Em relação à Organização Social, o solo de problematização entre os diferentes operadores da regulação da regionalização também acontece. Em extração dos discursos dos gestores estaduais, capturamos manifestação referente ao tensionamento técnico-político entre a “porta oficial” da regulação e a “porta da informalidade”. A Organização Social tem “regulado” em “porta de informalidade” o acesso de usuários, provenientes das UPA, para uma unidade hospitalar secundária que, em tese, cumpre o papel de retaguarda para hospitais terciários, devendo prioritariamente atender aos pacientes por elas referenciados.

O acesso a esses equipamentos - UPA e hospital secundário - está sob a regulação do estado, mas a sua gestão é da Organização Social. Desenha-se, nesse sentido, um “jogo de saber-poder” coordenado pela Organização Social: autorizada pelo saber, que justifica a sua institucionalização no sistema, a Organização Social acaba por se utilizar do poder emanado por essa condição para “manejar” a hospedagem hospitalar segundo critérios próprios de “regulação”.

Mesmo na condição de reguladores “oficiais”, os gestores estaduais, muitas vezes, se veem sem possibilidades políticas para fazer valer os fluxos assistenciais pactuados, dado as relações de poder ofuscarem o regramento técnico constituído em suposto saber. Foucault (2006c), entretanto, dispõe que “as relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis. Não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável” (p. 232).

Então, não se trata apenas de determinar quem regula, mas também de potencializar agenciamentos em resistência, de modo a inventar outras possibilidades de “saber-poder”, especialmente na

constituição da micropolítica. Desse modo, incluindo para além dos gestores outros sujeitos, como os profissionais e usuários do SUS, para dar vazão e permeabilidade à regionalização em constituição de “redes de conversação” (Teixeira, 2003), em um exercício de microrregulação (Santos; Merhy, 2006) que se faz em produção de “atos vivos de saúde” (Franco, 2013).

Entretanto, a regionalização ainda é discurso e prática mais limitada à gestão, em que

essa noção de regionalização a gente aprende quando já está em um nível de coordenação. Eu percebo que o profissional que está lá na ponta, ele não tem muita noção disso, não. Ele está preocupado ali, como território que ele trabalha e para ele ter conhecimento de onde ele vai referenciar, para quem ele vai referenciar, fica muito no âmbito do município, passou daí aí o problema é da Secretaria de Saúde, não é mais do profissional (E9).

Destacamos, assim, como desafio inadiável a ampliação do debate e da prática da regionalização da saúde, incorporando outros sujeitos que deem potência ao trabalho vivo em ato, abrindo novas possibilidades de conexões e acontecimentos, novas possibilidades de estratégias em saber-poder e verdade-poder, apostando que na engrenagem de produção do poder, em processos de resistência, são fabricados outros discursos e saberes.

As relações entre a Comissão Intergestores Regional e as institucionalidades constituídas: novas fronteiras de governança regional?

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma instância com destaque e tradição na regionalização da saúde do Ceará. O discurso dos gestores estaduais de saúde traz o reconhecimento do fato de que “o Colegiado Intergestores Regional, ele não sendo forte, também não consegue tornar a região forte e nem ter o sentimento de regionalização” (E11).

Porém, no que se refere ao exercício do papel da CIR e sua relação com as institucionalidades constituídas, ressaltamos diferenças e variações entre as relações estabelecidas entre essa comissão e os consórcios e a Organização Social. A respeito dos consórcios, destacamos a predominância das relações de caráter técnico-assistencial, manifesto pela participação dos diretores da policlínica ou dos CEO nas reuniões da CIR. Os aspectos políticos, administrativos e financeiros são postos na mesa de discussão dos prefeitos e na secretaria executiva do consórcio. Na discussão de temas que implicam decisões financeiras, é delegado ao secretário municipal de saúde a tarefa de convencimento do seu respectivo prefeito para que este possa intervir na instância de decisão do consórcio, no qual somente ele tem assento e poder de voto.

Já em relação à Organização Social, ressaltamos o distanciamento entre a direção dos hospitais regionais e a CIR e a não participação de seus diretores, ou mesmo de qualquer outro representante, nas reuniões da CIR, inclusive para discussão técnico-assistencial.

Assim, em ambas as situações, em que pese a proximidade entre as policlínicas e os CEO com a CIR, ressaltamos a prevalência de instâncias próprias tanto dos consórcios como da Organização Social no processo de tomada de decisão e condução da gestão das unidades de saúde sob suas responsabilidades.

Nesse sentido, os modos e as estruturas de gestão dessas institucionalidades acabam por constituir novas fronteiras de governança do SUS regional, não abarcadas pela CIR. Apontamos para a constituição de outros saberes no entremeio da reinvenção das funções de conhecidos “sujeitos do discurso”, como os prefeitos municipais – dada sua inserção nos consórcios de saúde – ou ainda de novos sujeitos, postos com a Organização Social, cuja impermeabilidade de acesso nas relações na região de saúde aparecem em destaque.

As estratégias de saber-poder se modificam no jogo entre essas institucionalidades e os demais sujeitos e arranjos institucionais “tradicionais” do SUS, a exemplo da CIR, cabendo, portanto, o (re) pensar dos processos de governança, dada a ma-

terialidade dos novos modos de gestão do SUS em âmbito regional.

Considerações finais

A relação entre o “federalismo sanitário brasileiro” e a materialidade da região de saúde como cenário para as Redes de Atenção à Saúde está tensionada e busca por respostas concretas. A produção e o trânsito das institucionalidades abordadas na regionalização da saúde do Ceará se apresentam como uma resposta ao “suposto” vazio da autoridade sanitária responsável pela gestão da região, nela incluindo os equipamentos públicos e a prestação de serviços de saúde.

Não se trata de uma resposta meramente conjuntural, resultante da atualidade da regionalização da saúde, dada sua constituição em regime de saber-poder e verdade-poder no entremeio do SUS, e sim se constitui como um acontecimento discursivo – portanto em articulação e interface com outros acontecimentos relacionados a diferentes domínios de saber.

Encontra-se em curso no Ceará, atravessando governos estaduais sucessivos, um projeto de reforma do setor saúde que não se desloca dos “jogos de saber-poder, verdade-saber” construídos em conformidade com as ondas de reforma em solo nacional e internacional. A produção cotidiana do SUS é transversalizada por interesses e disputas e se faz em tensionalidades múltiplas. Insere-se no contexto de produção capitalista, gerando modos de gestão empresariada da saúde e disseminando práticas favoráveis ao mercado e à sua privatização, em aliança estratégica com o capital.

Os modos de gestão do SUS regional, pautados em modelo contratual procedimental e produtivo, põem em xeque a universalidade do acesso à saúde como direito social, atualmente em substituição pela cobertura universal, que garante uma parcela de serviços no amplo leque de necessidades em saúde da população. Gera-se, assim, certa “proposição” de integralidade e universalidade que inviabiliza a proposta constitucional.

Uma atenção especial deve ser dada, portanto, às possibilidades postas de rompimento do estrato

constitucional do SUS, forjando um outro regime de integralidade e de universalidade no entremeio dos modos de gestão do SUS regional. Trata-se de uma história da regionalização que se desenha em pistas para o que está por diferir no SUS em trânsito de institucionalidades e no devir da saúde em direito, em deslocamento e reducionismo, para o campo do direito do consumidor.

A produção de um regime de diferenciação do SUS constitucional é o eixo central de problematização dos modos de gestão do SUS regional. Há que se ter novos estudos que iluminem possibilidades em resistência e tensionamento para o SUS constitucional.

Os jogos de “saber-poder” com novos sujeitos e institucionalidades, “engolem”, por vezes, os processos de luta pela manutenção do SUS constitucional. Desprovidos de autoridade política, em variadas situações, os gestores estaduais de saúde, sujeitos desse estudo, se veem, muitas vezes, de mãos atadas diante das decisões políticas que escapam de sua governabilidade e do fórum da CIR.

Assim, para além dos dispositivos pensados de pactuação trina e de controle social tripartite, a exemplo da CIR, há que se inventar outros modos de gestão e de governança do SUS que ampliem sua base política de (SUS)tentação. Essas instâncias se apresentam em tensionamento com os novos arranjos decisórios dos consórcios e da Organização Social, esboçando novas fronteiras de governança do SUS.

Alertamos, por fim, para a urgência na ampliação do debate da regionalização. A inclusão de novos sujeitos, como profissionais e usuários do SUS, compõe-se como estratégia potente para a produção de outras relações de saber-poder e verdade-poder, que venham a fortalecer o ideário do SUS constitucional.

Referências

ARAÚJO, I. L. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. *Revista Aulas*, Campinas, n. 3, p. 1-24, 2007. Dossiê Foucault. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1924/1385>>. Acesso em: 3 set. 2015.

BARROS, R. D. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. E.; NEVES, C. A. B.; RAUTER, C. (Org.). *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191. (Coleção SaúdeLoucura. Volume 6).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 14 jun. 2013.

CEARÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. Lei nº 12781, de 30 de dezembro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza, CE, 30 dez. 1997. Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/tramitando/lei/12781.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

CEARÁ. Governo do Estado. Decreto nº 26811, de 30 de outubro de 2002. Qualifica como Organização Social o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza, CE, 31 out. 2002. Disponível em: <<http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20021031/do20021031p01.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Portaria nº 2061, de 8 de novembro de 2007. Cria, no âmbito desta Secretaria, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza, CE, 3 jan. 2008a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5264148/pg-34-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-03-01-2008>>. Acesso em: 31 out. 2016.

CEARÁ. Governo do Estado. Decreto nº 29555, de 21 de novembro de 2008. Altera o Decreto nº 26811, de 30 de outubro de 2002, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza,

CE, 25 nov. 2008b. Disponível em: <<http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20081125/do20081125p01.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 209-227, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6259>>. Acesso em: 2 abr. 2015.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023>. Acesso em: 31 out. 2016.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 53-73.

FOUCAULT, M. Diálogo sobre o Poder. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Estratégia, poder-saber*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 253-269. (Coleção Ditos & Escritos. Volume IV).

FOUCAULT, M. Poderes e estratégia. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Estratégia, poder-saber*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 241-252. (Coleção Ditos & Escritos. Volume IV).

FOUCAULT, M. Poder e saber. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Estratégia, poder-saber*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p. 223-240. (Coleção Ditos & Escritos. Volume IV).

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. (Coleção Campo Teórico). Disponível em: <<http://www.uesb.br/eventos/pensarcomveyne/arquivos/FOUCAULT.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em

2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 226-242.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200393&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MENDES, E. V. *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MIRANDA, A. S. *Pluralismo agenciado da política e gestão pública de saúde em institucionalidade híbrida e dinâmica de (quase) mercado*. Rio de Janeiro: Cebes, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/07/pluralismo-agenciado-da-politica-e-gestao-publicas-de-saude-em-institucionalidade-hibrida-e-dinamicas-de-quasemercado/>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo. In: PASSOS, E.; KASTRUP V.; TEDESCO, S. *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 42-65. v. 2.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas: Saberes, 2013. p. 35-74.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como o caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. M. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de atenção à saúde no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2014.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: ABRASCO, 2003. p. 89-111.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. D.; MIRANDA, A. S.; SILVA, H. P. *Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos*.

Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. (Textos para discussão. Número 2). Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/2-PJSSaudeAmanha_Texto00002_final.pdf>.

fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/2-PJSSaudeAmanha_Texto00002_final.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

Contribuição dos autores

Goya, Andrade, Pontes e Tajra participaram da concepção do projeto, da problematização e da análise das informações, bem como da revisão crítica e da aprovação final da versão publicada. Goya foi a responsável pela redação do artigo.

Recebido: 16/03/2016

Aprovado: 13/10/2016